特別養護老人ホーム　愛寿苑
福祉サービス第三者評価結果報告書

平成24年12月20日

社会福祉法人　福井県社会福祉協議会

福祉サービス第三者評価結果報告書

Ⅰ　福祉サービス第三者評価結果〔総括〕

評価機関名	社会福祉法人　福井県社会福祉協議会
評価機関認証№	福井福祉評価認証第１号
訪問調査日	平成24年9月11日（火）

１　事業所情報

ﾌﾘｶﾞﾅ	アイジュエン
事業所名	愛寿苑
種別	特別養護老人ホーム
定員数	80人
事業所代表者名	苑長　小川　弥仁
事業所所在地	福井市若杉2-601
事業所電話番号	0776-34-5100
事業所ＦＡＸ番号	0776-34-5101
法人名	社会福祉法人　弥生福祉会
法人代表者名	理事長　小川　弥
ＵＲＬ	http://www.aijuen.com/
e-mail	mail@aijuen.com

☆第三者評価結果に対する事業所のコメント

今回の受審は、自分達の立ち位置を確認する上で大変意義のあるものでした。常日頃行っている業務の目的や自分達にどういった視点が不足しているのか、取り組みを通じあらためて実感すると共に職員間で共有する事が出来たと感じます。これをスタートとして、施設としての質の向上を図り、ご利用者並びに地域の皆様に還元出来るよう努めて行きたいと思います。

２　総評

（１）特に評価の高い点

〇福祉サービスの基本方針と組織について
年度事業計画は、現場職員による「フロア会議」、介護支援専門員、生活相談員等専門職による「施設運営会議」で協議し、策定する仕組みが整い、計画の進捗管理や見直しが定期的に行われている。また、施設長は、様々なサービスの質の向上のための委員会や会議等を設置し、自らも参加しサービスの質の評価・分析を行っている。
〇組織の運営管理について
緊急時や災害時に備えたマニュアルが整備されている。また、施設独自のリスクマネージャーを2名配置し、ヒヤリハットや事故への速やかな対応と改善・防止策を講じており、それらについて、１か月後に検証し、再発防止に努めている。
〇適切な福祉サービスの実施について
「ケアマネジメントのプロセス」という業務手順やそれぞれ職員の役割や留意事項を明示したものを作成しており、アセスメントから評価・見直しまでの一連の流れを施設全体で統一している。
〇高齢者福祉施設固有のサービスについて
利用者の身体状態に応じた移乗等のための福祉・介助用具の導入が進められており、移乗方法の写真付きマニュアルが常備されている。また、「ひもときシート」を活用し、利用者の問題行動に関する情報を生活歴も含めて共有するほか、誤薬防止のため利用者個々の顔写真付き服薬袋を使用するなどの工夫のほか、利用者の嚥下状態等に合わせて薬の態様が調整されている。

（２）改善を求められる点

〇福祉サービスの基本方針と組織について
理念等の実現に向けた将来の法人・施設のビジョンを示し、その現状や課題を明らかにしたうえで、その具現のため数値目標を設定した中・長期計画および収支計画を策定することが望まれる。また、中・長期計画に基づき策定した単年度事業計画は、職員のみならず利用者や家族等に内容をわかりやすく記載した資料等を作成し、周知することが望まれる。
〇組織の運営管理について
法人・施設が求める具体的な人材の養成・確保のための基本姿勢およびプランを策定し、これに基づく職員個々の技術、経験、職責等に応じた個別の教育・研修プログラムを策定することが望まれる。また、地域との交流や関係機関との継続的な連携を図る取組に期待したい。
〇適切な福祉サービスの実施について
サービスの標準的な提供方法について、マニュアルなど施設として定期的に確認（見直し含む）する仕組みおよびそのルール（規程等）の整備が望まれる。
〇高齢者福祉施設固有のサービスについて
古くなった食器を段階的に陶磁器に移行するなど、一層安らぎのある家庭的な温かい食事環境の整備について工夫されたい。また、限られた空間・設備・人員の中で利用者の快適な入浴環境の確保のための工夫はなされているが、利用者個別の入浴については設備面や人員体制についての検討が望まれる。

Ⅱ　福祉サービス第三者評価結果〔評価分類別〕

評価対象　Ⅰ　　福祉サービスの基本方針と組織

評価分類　Ⅰ－１　　理念・基本方針

特に評価の高い点	改善を求められる点
法人の理念およびこれに基づく行動指針を明文化し、施設内に掲示するほかパンフレットやホームページ等に掲載している。また、職員が携行する名札（裏面）に理念等を記載し、いつでも確認でき、毎月の職員会議でこれらを唱和している。さらに、理念等に基づくスローガンを毎年作成し、実践の目標としている。	法人の理念や行動方針に関する利用者、家族等の一層の理解促進のため、わかりやすく説明した資料の作成をはじめ、周知状況を確認する取組を継続的に行うことが望まれる。

評価分類　Ⅰ－２　　計画の策定

特に評価の高い点	改善を求められる点
事業計画の策定にあたっては、現場職員による「フロア会議」、介護支援専門員、生活相談員等専門職による「施設運営会議」で協議し、策定する体制が整い、計画の進捗管理や見直しが定期的に行われている。また、年度当初の職員会議で職員全員に事業計画書を配布し、計画している個々の項目について担当者がパソコンを活用し説明するなど計画内容の理解促進と情報の共有化に努めている。	理念等の実現に向けた将来の法人・施設のビジョンを示し、その現状や課題を明らかにしたうえで、その具現のため数値目標を設定した中・長期計画および収支計画を策定することが望まれる。また、中・長期計画に基づき策定した単年度事業計画は、職員のみならず利用者や家族等に内容をわかりやすく記載した資料等を作成し、周知することが望まれる。

評価分類　Ⅰ－３　　管理者の責任とリーダーシップ

特に評価の高い点	改善を求められる点
施設長は、ホームページ上で「苑長より」というページを設定し自らの考えを表明するとともに、利用者に対する様々なサービスの質の向上のための委員会や会議等を設置し、自らも参加しサービスの質の評価・分析を行っている。	施設長は、法令遵守の責任者として地域や施設を取り巻く環境等への配慮も含めた幅広い分野の関係法令をリスト化し職員に周知徹底するなど、日常的かつ一層のコンプライアンスの徹底に取り組むことが望まれる。また、経営や業務の現状を総合的に分析したうえで、職員と一体となってその効率化・改善に向けた取組がなされるような体制づくりに期待する。

評価対象　Ⅱ　　組織の運営管理

評価分類 Ⅱ－１　経営状況の把握

特に評価の高い点	改善を求められる点
	環境の変化に適切に対応するよう地域の福祉ニーズや潜在的利用者等の状況を把握、分析し、抽出された課題や問題点の解決に向けた収支を含めた中・長期計画を策定するとともに、現状の客観的な経営状況を把握、分析するために外部監査を実施することが望まれる。

評価分類 Ⅱ－２　人材の確保・育成

特に評価の高い点	改善を求められる点
	客観的基準および公正な仕組みによる人事考課制度の導入の検討に加え、法人・施設が求める具体的な人材の養成・確保のための基本姿勢およびプランを策定し、これに基づく職員個々の技術、経験、職責等に応じた個別の教育・研修プログラムを策定することが望まれる。また、定期的に職員の意見や意向を把握し、労働環境改善に向けた組織的な取り組みに加え、職員が悩みなどについていつでも相談できる仕組みや体制を構築することが望まれる。

評価分類 Ⅱ－３　安全管理

特に評価の高い点	改善を求められる点
緊急時や災害時に備えたマニュアルが整備されている。また、施設独自のリスクマネージャーを2名配置し、ヒヤリハットや事故への速やかな対応と改善・防止策が講じられている。なお、善後策や防止策について、１か月後に検証し、再発防止に努めている。	

評価分類 Ⅱ－４　地域との交流と連携

特に評価の高い点	改善を求められる点
	施設および利用者にとって、地域との交流や関係機関・団体等との連携は必要不可欠であり、施設から地域に働きかけ関係機関等との連絡会を設けたり、日常的、継続的な施設内活動に協力の得られるボランティアを育成するなど、地域の福祉ニーズの把握や機能の還元につなげるような事業展開を期待する。

評価対象　Ⅲ　　適切な福祉サービスの実施

評価分類 Ⅲ－１　利用者本位の福祉サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
職員は名札（裏面）に理念等が記載されたものを常に携行するとともに、接遇に関する施設内研修を実施するなど、利用者を尊重した支援に努めている。苦情解決体制を整備し、受付から解決までの手順は重要事項説明書に明記し、玄関にも掲示している。受け付けた苦情は手順に従い、迅速に対応するとともに、プライバシーに配慮しつつ、その内容や結果を玄関に掲示するほかホームページにて公表している。	利用者満足に向けた定期的な意向把握をはじめ、具体的な要望等に応える組織的・継続的な体制づくりが望まれる。

評価分類 Ⅲ－２　サービスの質の確保

特に評価の高い点	改善を求められる点
ケアプランの作成および記録の管理等はパソコンシステムを活用しており、施設全体で情報が共有されている。なお、記録はパソコンでの管理に加え、手書きの「リーダー確認用紙」の活用、ミーティング時の口頭での伝達、文書の配布など情報共有のための一連の手順が明確に定められている。	サービスの標準的な提供方法について、マニュアルなど施設として定期的に確認（見直し含む）する仕組みおよびそのルール（規程等）の整備が望まれる。

評価分類 Ⅲ－３　サービスの開始・継続

特に評価の高い点	改善を求められる点
ホームページ、パンフレットに法人の理念を明記するほか、写真を多く用い施設での生活をわかりやすく紹介している。また、施設見学にはいつでも対応できるようにしており、入所等の相談に随時応じている。なお、利用者の身体状況によってはグループホームや療養型など適当と思われる他施設の説明なども丁寧に行っている。	家庭への移行の有無にかかわらず、退所後も家族に継続的に対応できるよう、窓口や内容、方法、手続き等について規定し文書化するなどサービスの継続性に配慮した取組が望まれる。

評価分類 Ⅲ－４　サービス実施計画の策定

特に評価の高い点	改善を求められる点
「ケアマネジメントのプロセス」という業務手順やそれぞれ職員の役割や留意事項を明示したものを作成しており、アセスメントから評価・見直しまでの一連の流れを施設全体で統一している。	

評価対象　Ⅳ　　高齢者福祉施設固有のサービス内容

評価分類 Ⅳ－１　利用者の尊重

特に評価の高い点	改善を求められる点
３か月ごとに利用者家族へ「生活状況報告書」を送付し、利用者の日々の生活状況、健康状態、食事・栄養、機能訓練等多岐にわたり詳細に伝えている。また、「居室担当の役割」という書類を作成し、職員個々が自覚を持って職務に取り組んでいる。	

評価分類 Ⅳ－２　介護サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
利用者の身体状態に応じた移乗等のための福祉・介助用具の導入が進められており、移乗方法の写真付きマニュアルが常備されている。また、認知症ケア委員会と「ひもときシート」によって、利用者の問題行動に関する情報を生活歴も含めて共有する工夫がなされている。	古くなった食器を段階的に陶磁器に移行するなど、一層安らぎのある家庭的な温かい環境の整備について工夫されたい。また、限られた空間・設備・人員の中で利用者の快適な入浴環境の確保のための工夫はなされているが、利用者個別の入浴については設備面や人員体制についての検討が望まれる。

評価分類 Ⅳ－３　看護・医療サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
誤薬防止のため利用者個人ごとの顔写真つきの服薬袋を使用するなどの工夫のほか、利用者の嚥下状態等に合わせて薬の態様が調整されている。また、新任職員のために投薬チェックシートが別に準備されている。さらに、利用者が入院した時には職員が家族が来院するまで利用者に付き添い、医療機関の説明をいっしょに聞いたり、退院後の相談に応じるなどきめ細かな対応がなされている。	

評価分類 Ⅳ－４　生活支援サービス

特に評価の高い点	改善を求められる点
年間の行事計画を立案し、季節ごとに計画的な外出支援がなされている。また、計画の実施段階にあたっては、たとえば海水浴を温泉とするなど利用者の希望に基づき柔軟に対応している。そのほか、物品の購入にあたっては事業所による立替を基本にし、可能な限り利用者自らが支払うよう配慮しており、職員はそばで見守るよう心掛けている。	

≪(特養)愛寿苑≫の自己評価と第三者評価結果比較表

評価対象Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

		項目数	a	b	c	非該当
自己評価		13	7	5	1	0
	%	100.0	53.8	38.5	7.7	0.0
第三者評価		13	7	5	1	0
	%	100.0	53.8	38.5	7.7	0.0

評価対象Ⅱ　組織の運営管理

		項目数	a	b	c	非該当
自己評価		21	9	7	5	0
	%	100.0	42.9	33.3	23.8	0.0
第三者評価		21	4	11	6	0
	%	100.0	19.0	52.4	28.6	0.0

評価対象Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

		項目数	a	b	c	非該当
自己評価		19	13	3	3	0
	%	100.0	68.4	15.8	15.8	0.0
第三者評価		19	13	3	3	0
	%	100.0	68.4	15.8	15.8	0.0

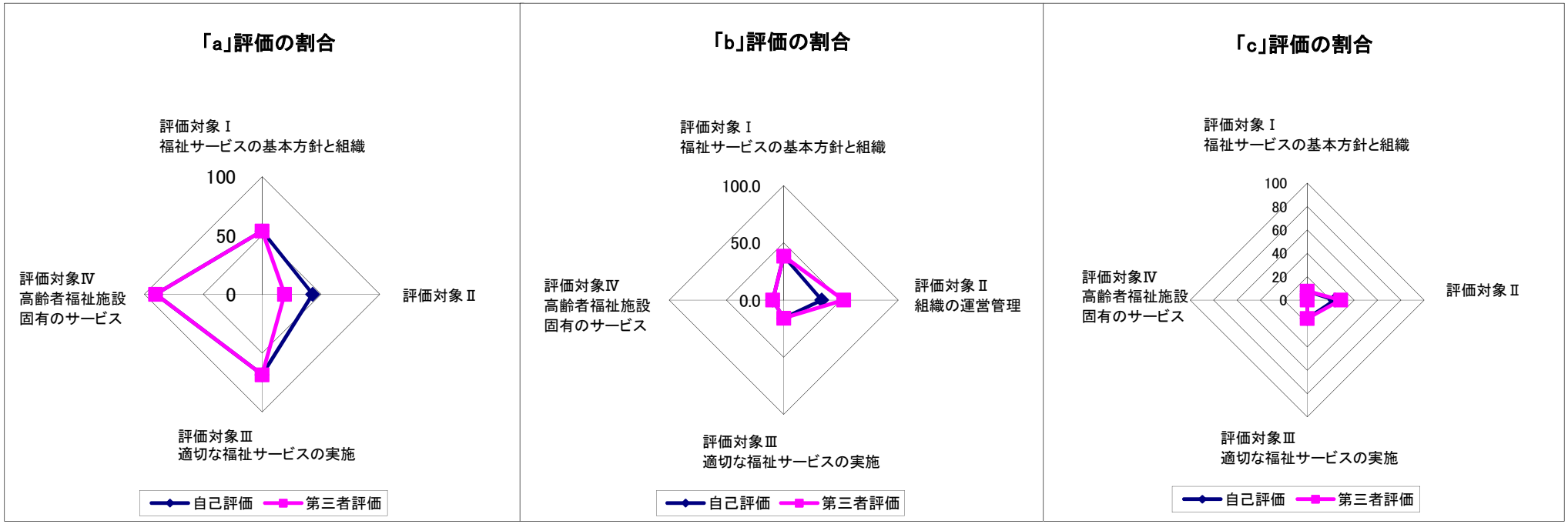
評価対象Ⅳ　高齢者福祉施設の固有のサービス内容

		項目数	a	b	c	非該当
自己評価		21	19	2	0	0
	%	100.0	90.5	9.5	0.0	0.0
第三者評価		21	19	2	0	0
	%	100.0	90.5	9.5	0.0	0.0

総合計

		項目数	a	b	c	非該当
自己評価		74	48	17	9	0
	%	100.0	64.9	23.0	12.2	0.0
第三者評価		74	43	21	10	0
	%	100.0	58.1	28.4	13.5	0.0

≪(特養)愛寿苑≫の自己評価と第三者評価結果比較図



Ⅲ　福祉サービス第三者評価結果〔評価細目別〕

評価対象Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－1　理念・基本方針

Ⅰ－1－(1)　理念、基本方針が確立されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
1	Ⅰ－1－(1)－①　理念が明文化されている。			
	a）法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 b）法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。 c）法人の理念を明文化していない。	a	法人の理念を明文化し、パンフレットやホームページ等に掲載している。また、職員が携行する名札（裏面）に理念・スローガン等を記載し、いつでも確認できるようにしている。	
2	Ⅰ－1－(1)－②　理念に基づく基本方針が明文化されている。			
	a）理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 b）理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 c）理念に基づく基本方針を明文化していない。	a	理念に基づく行動指針を明文化し、事業計画書等に記載するとともに、施設独自の職員の行動指針としての「苑訓」を明文化し、施設内に掲示している。	

Ⅰ－1－(2)　理念や基本方針が周知されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
3	Ⅰ－1－(2)－①　理念や基本方針が職員に周知されている。			
	a）理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b）理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c）理念や基本方針を職員に配付していない。	a	毎月の職員会議で、理念や行動指針を唱和するとともに、職員の名札（裏面）にこれらを記載し、常に携行し共有している。また、新任者研修時に理念や行動指針についてわかりやすく説明し理解を促している。	
4	Ⅰ－1－(2)－②　理念や基本方針が利用者等に周知されている。			
	a）理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b）理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c）理念や基本方針を利用者等に配布していない。	b	利用者や家族等に対し、見学や入所の際に理念や行動方針等を記載したパンフレットなどを配布し説明するとともに、ホームページや施設内にこれらを掲示しているが、わかりやすく理解しやすい資料の作成や周知状況などの確認は行っていない。	法人の理念や行動方針に関する利用者、家族等の一層の理解促進のため、わかりやすく説明した資料の作成をはじめ、周知状況を確認する取組を継続的に行うことが望まれる。

Ⅰ-2　事業計画の策定

Ⅰ-2-(1)　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
5	Ⅰ-2-(1)-①　中・長期計画が策定されている。			
	a）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。 b）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。 c）経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	b	年度事業計画に一部、中・長期を視野に入れた内容が記載されているが、具体的な中・長期計画を作成するために必要な現状把握や課題等が明確化されていない。また、中・長期の収支計画は策定されていない。	中・長期計画は、理念等に基づきハード面（建物や設備等）、ソフト面（組織体制や人材育成等）の両面からの現状把握および分析を行い、課題等を明確にしたうえで、その改善や一層の発展に向けた取組内容を具体化するとともに、そのために必要な財政計画と併せて策定することが望まれる。
6	Ⅰ-2-(1)-②　中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。			
	a）各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。 b）各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。 c）各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。	b	年度事業計画は中・長期を視野に入れた内容を踏まえ策定しているが、数値目標の設定のほか中・長期を見込んだ収支計画とはなっていない。	年度ごとの数値などによる具体的な達成目標やその具現化のための財政を含めた中・長期計画を策定するとともに、計画の進捗、見直し等のための実行体制（仕組み）づくりがなされることを期待する。

Ⅰ-2-(2)　事業計画が適切に策定されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
7	Ⅰ-2-(2)-①　事業計画の策定が組織的に行われている。			
	a）各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 b）各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 c）各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	a	事業計画は、施設内各グループの主任等を中心としたフロア会議で現場の課題等を整理し、介護支援専門員や生活相談員、管理栄養士、リスクマネージャー等で構成される専門職による施設運営会議で協議したうえで策定している。なお、毎月開催する施設運営会議で計画の進捗状況の確認および見直しが行われている。	
8	Ⅰ-2-(2)-②　事業計画が職員に周知されている。			
	a）各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b）各計画を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c）各計画を職員に配付していない。	a	年度当初の職員会議で職員全員に事業計画書を配布し、計画している個々の項目について担当者がパソコンを活用し説明するなど計画内容の理解促進と情報の共有に努めている。なお、計画の進捗状況等は、フロア会議、施設運営会議で確認している。	

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
9	Ⅰ-2-(2)-③　事業計画が利用者等に周知されている。			
	a）各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b）各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c）各計画を利用者等に配付していない。	c	事業計画を利用者、家族に配布していないなど周知する取り組みがなされていない。	事業計画の内容をわかりやすく記載した資料等を作成し、利用者や家族に配布するとともに、家族会などの機会を活用し周知する取組が望まれる。

Ⅰ-3　管理者の責任とリーダーシップ

Ⅰ-3-(1)　管理者の責任が明確にされている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
10	Ⅰ-3-(1)-①　管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。			
	a）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 b）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 c）管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	a	組織図や職務分掌のほか新任職員教育用資料に管理者の役割と責任を明記し、研修の際、書面で説明している。また、法人のホームページ上で施設長の考え方を表明している。	
11	Ⅰ-3-(1)-②　遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。			
	a）管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 b）管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。 c）管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	b	施設長は遵守すべき法令・制度等に関する様々な研修に積極的に参加し情報収集に努めるとともに、会議等を通じ職員に周知、指導しているが、施設運営に要する様々な分野の法令・制度についてリスト化するなどの取り組みは行っていない。	地域や施設を取り巻く環境等への配慮も含めた幅広い分野の遵守すべき法令等をリスト化するなど日常的かつ一層のコンプライアンスの徹底に関する取組に期待したい。

Ⅰ-3-(2)　管理者のリーダーシップが発揮されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
12	Ⅰ-3-(2)-①　質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。			
	a）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 b）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 c）管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	a	施設長は、利用者に対する様々なサービスの質の向上のための委員会や会議等を設置し、自らも参加しサービスの質の評価・分析を行っている。	

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
13	Ⅰ-3-(2)-②　経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。			
	a）管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。 b）管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 c）管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	b	施設長は経営や業務の効率化等のため、様々な委員会を設置し自らも参加しているが、職員が一体となり取り組む体制（仕組み）や財務的な分析等は十分ではない。	理念や基本方針の実現のため必要な労働環境の改善、経営・業務の効率化などに職員が一体となり取り組む体制づくりなど、施設長の今後一層の指導力の発揮を期待したい。

評価対象Ⅱ　組織の運営管理

Ⅱ-1　経営状況の把握

Ⅱ-1-(1)　経営環境の変化等に適切に対応している。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
14	Ⅱ-1-(1)-①　事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。			
	a）事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。 b）事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 c）事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	b	施設長は、介護保険等の動向等に関する情報を積極的に収集しているが、地域の福祉ニーズや潜在的利用者に関するデータを収集し事業計画等に反映するような取組には至っていない。	安定した事業経営を確保する上では法制度・施策に関する情報を日ごろから的確に把握することは重要であるが、加えて地域の高齢者等の福祉ニーズや潜在的利用者等に関する情報（データ）を適切に把握することが望まれる。
15	Ⅱ-1-(1)-②　経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。			
	a）経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 b）経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 c）経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	b	経営コストの改善に向けた取り組みはなされているが、具体的なデータに基づく課題の抽出、分析、達成目標等の設定が十分ではない。	事業経営の一層の安定のため、定期的な経営状況の把握、分析に基づき明確となった課題等について、その改善や充実に向けた具体的な取組について可能な限り数値等明確な目標を設定し中長期および年度事業計画に反映することが望まれる。
16	Ⅱ-1-(1)-③　外部監査が実施されている。			
	a）外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。 b）外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。 c）外部監査を実施していない。	c	外部監査は行われていない。	経営の現況および安定かつ健全な事業の継続上のき経営課題を明確にし計画的な改善を図るため、外部監査を定期的に実施することが望まれる。

Ⅱ-２　人材の確保・養成

Ⅱ-２-(１)　人事管理の体制が整備されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
17	Ⅱ-２-(１)-①　必要な人材に関する具体的なプランが確立している。			
	a）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 b）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 c）組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	c	人材育成のため資格取得を積極的に進め、人事管理に反映しようとする姿勢はあるが、組織としての人材育成・確保等に関する具体的な目標やプランはない。	利用者に対する質の高い安定したサービス確保のため、組織が必要とする人材の育成（資格取得含む）および人員体制の実現に向けた具体的な計画を策定することが望まれる。
18	Ⅱ-２-(１)-②　人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。			
	a）客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 b）定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 c）定期的な人事考課を実施していない。	c	人事考課制度は導入しておらず、定期的な人事考課は実施していない。	職員の意欲や専門性等を向上し、利用者へのサービスの質を高めるための取組の一環として客観的かつ公平で透明性の高い考課基準および仕組み（規程、体制等）に基づく人事考課制度の導入が望まれる。

Ⅱ-２-(２)　職員の就業状況に配慮がなされている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
19	Ⅱ-２-(２)-①　職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。			
	a）職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。 b）職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 c）職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	b	職員の年次有給休暇取得状況を考慮し、1年あたり1日間のリフレッシュ休暇制度を設けるなどの取り組みはあるが、労働環境の改善やメンタルヘルスに関する取組はない。	職員が常に意欲的に働ける環境を整えるため、定期的に職員の意見や意向を把握し、環境改善に向けた組織的な取り組みに加え、職員が悩みなどについていつでも相談できる仕組みや体制を構築することが望まれる。
20	Ⅱ-２-(２)-②　職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。			
	a）職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。 b）職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。 c）職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。	b	職員の健康診断や腰痛検査を年2回実施したり、職員で構成する親睦会の活動への一部助成などを行っているが、福利厚生センターへの加入や職員が業務内外に関する悩みごとなどについて相談できる体制はない。	職員の就業意欲を高め、利用者に対するサービスの向上を図る職員の福利厚生の充実のための方策の一環として、福利厚生センターへの加入や悩みごと相談体制の整備等心身の健康の維持増進に向けた取組が望まれる。

Ⅱ-2-(3)　職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
21	Ⅱ-2-(3)-①　職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。			
	a）組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 b）組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。 c）組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	b	勤務時間内に資格取得試験のための学習機会を設けたり、法人固有の育能給制度を設け、資格取得後の給与に反映するなどの取組が行われているが、中長期計画等に組織が職員に求める技術や専門資格は明示されていない。	組織が職員に求める専門技術や資格などを明示し、中長期計画にその養成・確保に向けた具体的な目標を記載することが望ましい。
22	Ⅱ-2-(3)-②　個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。			
	a）職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。 b）職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。 c）職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	c	新任職員を対象とする研修プログラムや外部講師による研修等はあるが、職員一人ひとりに関する組織として教育・研修計画は策定されていない。	業務に対する習熟度・専門性や組織上の立場等を考慮した職員個別の教育・研修計画を策定し、組織が求める人材の計画的な養成・確保に向けた取組に期待したい。
23	Ⅱ-2-(3)-③　定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。			
	a）研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。 b）研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。 c）研修成果の評価が定期的に行われていない。	c	研修終了後には、復命書や施設内研修等で職員に内容を伝達するとともに関係する委員会等にフィードバックしているが、職員個々の研修計画が定められておらず、これに基づく研修成果に関する評価や分析は行われていない。	研修等が職員の業務や利用者のサービス向上につながるよう、職員個々の研修計画を作成したうえで、研修の成果について定期的に評価や見直しを行い、次の研修計画に反映しステップアップすることが望まれる。

Ⅱ-2-(4)　実習生の受け入れが適切に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
24	Ⅱ-2-(4)-①　実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。			
	a）実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 b）実習生の受入れと育成について体制を整備しているが、基本的な姿勢の明確化や効果的な育成プログラムの用意等について積極的な取組には至っていない。 c）実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。	a	実習生を積極的に受け入れようとする姿勢があり、介護福祉士をはじめとする各種資格取得のための実習生を受け入れる体制やマニュアルが整備されている。	

Ⅱ-３　安全管理

Ⅱ-３-(１)　利用者の安全を確保するための取組が行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
25	Ⅱ-３-(１)-①　緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。			
	ａ）事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。 ｂ）事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 ｃ）事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	a	利用者の安全確保に向けた取組の一環として施設独自のリスクマネージャーを２名配置し、緊急時や事故発生時等に速やかに対応する体制が整備されている。	
26	Ⅱ-３-(１)-②　災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。			
	ａ）地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。 ｂ）地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。 ｃ）地震、津波、大雨、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	a	自衛消防操法競技会に参加したり、地震等災害時に対する備えや災害対応マニュアルを整備し、緊急時における利用者の安全確保に向けた取組がなされている。	
27	Ⅱ-３-(１)-③　利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。			
	ａ）利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。 ｂ）利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。 ｃ）利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	a	利用者の安全確保に向けた取組の一環として施設独自のリスクマネージャーを2名配置し、ヒヤリハットや事故に速やかに対処する仕組みがある。なお、報告のあったヒヤリハット事例等に対しては、直ちに善後策や防止策を講じ、1か月後に評価・見直しを行っている。	

Ⅱ-４　地域との交流と連携

Ⅱ-４-(１)　地域との関係が適切に確保されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
28	Ⅱ-４-(１)-①　利用者と地域とのかかわりを大切にしている。			
	ａ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 ｂ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 ｃ）利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	b	法人が運営する小規模多機能居宅介護事業所で利用者等から地域の行事情報等が得られるが、地域行事に対して企画段階から参加することはない。	利用者と地域住民との交流を法人全体で取り組み、施設行事への参加を求めるのみならず、施設側から地域行事に積極的に参加するなど相互理解を深める取組が望まれる。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
29	Ⅱ-4-(1)-②　事業所が有する機能を地域に還元している。			
	a）事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b）事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c）事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	b	見学者等に対し、法人のパンフレットや広報誌等を配布し、事業内容等を説明したり、介護などの相談に応じているが、地域に対して事業所が有する介護や高齢者福祉の専門的な技術や情報を伝えるなどの取組は行っていない。	法人が運営する他の高齢福祉事業所を含め施設が有する介護に関する技術や介護保険等高齢者福祉に関する情報の提供をはじめ介護等相談に応じるなど地域住民に機能を提供するような取組に期待したい。
30	Ⅱ-4-(1)-③　ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。			
	a）ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 b）ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 c）ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	b	ボランティアを受け入れる基本的な姿勢があり、受入対応マニュアルを整備しているが、継続性のあるボランティア育成のための取組は行われていない。	施設の特定行事への協力にとどまることなく、日常活動に対し継続的な協力が得られるボランティアを育成するため、地域住民を対象としたボランティア養成講座を定期的に開催するなどの取組が望まれる。

Ⅱ-4-(2)　関係機関との連携が確保されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
31	Ⅱ-4-(2)-①　必要な社会資源を明確にしている。			
	a）事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。 b）事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。 c）事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	b	事業所運営と密接な関係や連携する必要のある地域の社会資源や関係機関等を整理しファイル化しているが、職員間でこれらに関する情報を共有するまでには至っていない。	利用者の健康や安全、生活の質の向上に事業所の役割や機能が適切に発揮されるよう地域の社会資源や関係機関に関する情報を全職員が共有できるような取組や工夫が望まれる。
32	Ⅱ-4-(2)-②　関係機関等との連携が適切に行われている。			
	a）関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 b）関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。 c）関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	c	利用者個別の状況に応じた関係機関等との関わりはあるが、関係機関・団体との定期的な会議等連携の機会や地域とのネットワークはない。	事業所の役割や機能が地域の関係機関や団体との連携により適切に発揮されるようこれら機関・団体との定期的な連絡会やネットワーク化を図る取組が望まれる。

Ⅱ-4-(3)　地域の福祉向上のための取組を行っている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
33	Ⅱ-4-(3)-①　地域の福祉ニーズを把握している。			
	a）地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。 b）地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。 c）地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	b	法人が運営する他の事業所から地域の福祉ニーズを把握することはあるが、地域の関係機関や団体等との連携による潜在的なニーズ把握の取組は行っていない。	民生委員・児童委員など地域の福祉関係者をはじめ地区社協等関係団体との連携を通じ、地域の潜在的な福祉ニーズの把握等に期待したい。
34	Ⅱ-4-(3)-②　地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。			
	a）把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。 b）把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。 c）把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	b	法人として居宅介護支援センターやデイサービスセンターなどを運営し、地域の福祉ニーズを把握しているが、これに基づく事業活動が中・長期計画等に反映されていない。	法人として把握した地域の福祉ニーズを整理し、理念等に基づく取り組むべき地域課題の改善に向けた具体的な事業活動の中・長期計画に反映と計画的な取組に期待したい。

評価対象Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1　利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1)　利用者を尊重する姿勢が明示されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
35	Ⅲ-1-(1)-①　利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。			
	a）利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。 b）利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。 c）利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	a	理念に利用者の主体的な生活を尊重する姿勢が示され、職員に周知している。また、利用者のプライバシーや接遇等のマニュアルを整備し、毎年実施する施設内研修で確認している。	
36	Ⅲ-1-(1)-②　利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。			
	a）利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。 b）利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。 c）利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	a	プライバシー保護に関する指針を示し、マニュアルの作成のほか定期的に研修を実施しており、設備上、仕切りがない箇所にはカーテン・パーテーション等の配置を工夫し利用者のプライバシー保護に努めている。なお、排泄マニュアルの特に重要な部分や追記箇所は色分けされ、わかりやすい。	

Ⅲ－１－(２)　利用者満足の向上に努めている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
37	Ⅲ－１－(２)－①　利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。			
	ａ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 ｂ）利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 ｃ）利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	b	現在、施設として定期的に利用者満足に関する調査等は行っていないが、居室担当職員を中心に利用者の意向を確認することとしている。また、外部からの介護相談員を受け入れており、その記録から課題となるケースがあれば検討する仕組みとなっている。	利用者満足に向けた定期的な意向把握をはじめ、具体的な要望等に応える組織的・継続的な体制づくりが望まれる。

Ⅲ－１－(３)　利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
38	Ⅲ－１－(３)－①　利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。			
	ａ）利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 ｂ）利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 ｃ）利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	a	各フロアに相談員を配置するほか、相談員に限らず日頃からすべての職員が利用者に進んで声掛けし、思いを聞くよう努めている。また、利用者・家族が意見を述べやすいよう、手洗場や各フロアのわかりやすい場所に文書を掲示し、施設全体で話しやすい環境づくりに取り組んでいる。	
39	Ⅲ－１－(３)－②　苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。			
	ａ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 ｂ）苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 ｃ）苦情解決の仕組みが確立していない。	a	苦情解決体制を整備し、受付から解決までの手順は重要事項説明書に明記し、玄関にも掲示している。受け付けた苦情には手順に従い、迅速に対応するとともに、プライバシーに配慮しつつ、その内容や結果を玄関への掲示やホームページを通じ公表している。	
40	Ⅲ－１－(３)－③　利用者からの意見等に対して迅速に対応している。			
	ａ）利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。 ｂ）利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。 ｃ）利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	a	苦情解決マニュアルを整備し、苦情受付書は申出内容から経過や結果が詳細に記載できる様式となっている。また、利用者からの意見については申し送りやケース記録を通じ職員全員に伝達される仕組みがある。なお、外部講師による接遇研修を開催し、施設全体でサービス向上に向け取り組んでいる。	

Ⅲ-２　サービスの質の確保

Ⅲ-２-(１)　質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
41	Ⅲ-２-(１)-①　サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。			
	ａ）サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	c	第三者評価の受審は今回が初めてであり、それに代わるサービスの質にむけた自己評価等は行われていない。	今回の第三者評価の実施を機に定期的にすべての職員が参画し評価を行う体制を整えられたい。
	ｂ）サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。			
	ｃ）サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。			
42	Ⅲ-２-(１)-②　評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。			
	ａ）評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	c	第三者評価の受審は今回が初めてであり、それに代わるサービスの質にむけた自己評価等は行われておらず、評価結果の分析や課題を整理するまでには至っていない。	今回の第三者評価の実施を機に定期的にすべての職員が参画し評価を行う体制を整え、その取組の過程や結果により明らかとなった改善課題の解決に向け施設全体で計画的に取組まれたい。
	ｂ）評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。			
	ｃ）評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。			

Ⅲ-２-(２)　提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
43	Ⅲ-２-(２)-①　提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。			
	ａ）提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	a	標準的なサービス提供マニュアルを整備しており、各種マニュアルは各フロアに設置し、いつでも閲覧でき、新任職員には指導担当職員がマニュアルに沿った実施方法を指導している。なお、サービス実施記録はパソコンで管理し、全職員で情報を共有している。	
	ｂ）提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。			
	ｃ）提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。			
44	Ⅲ-２-(２)-②　標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。			
	ａ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。	c	標準的なサービス提供マニュアルは必要に応じ見直し、適宜差し替え等を行っているが、書面等によりその見直し時期や方法を定めてはいない。	サービスの標準的な提供方法について、マニュアルなど施設として定期的に確認（見直し含む）する仕組みおよびそのルール（規程等）の整備が望まれる。
	ｂ）標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。			
	ｃ）標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。			

Ⅲ-2-(3)　サービス実施の記録が適切に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
45	Ⅲ-2-(3)-①　利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。			
	a）利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。 b）利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。 c）利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	a	利用者一人ひとりの記録はパソコンで管理し、サービス実施内容・経過がわかりやすいものとなっている。また、ケース記録の入力に際し、10日に1回を目安に居室担当者がプランによるモニタリングの結果を記録するよう定めている。なお、各フロアのケアマネージャーや責任者が適宜記録をチェックし、状況を確認している。	
46	Ⅲ-2-(3)-②　利用者に関する記録の管理体制が確立している。			
	a）利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 b）利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 c）利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	b	利用者の記録の取扱い等に関する規程が定められ、個人情報取扱いに関する職員研修を実施している。ただし、保管年限は一覧表にしわかりやすくしているが、廃棄に関する規定がない。	記録の保管、保存に関することに加え、廃棄に関する取扱いを規定することが望まれる。
47	Ⅲ-2-(3)-③　利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。			
	a）利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。 b）利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 c）利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。	a	利用者の状況はパソコンを通じ情報として職員が共有しており、苦情やヒヤリハット等重要な事項については口頭や文書で伝達される。また、手書きのリーダー確認用紙の使用により留意すべき事項がより正確に確認される仕組みとなっている。	

Ⅲ-3　サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1)　サービス提供の開始が適切に行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
48	Ⅲ-3-(1)-①　利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。			
	a）利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 b）利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 c）利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。	a	ホームページ、パンフレットに法人の理念を明記するほか、写真を多く用い施設での生活をわかりやすく紹介している。また、パンフレットは近隣の企業に設置しており、今後は公民館に設置する予定である。なお、施設見学にはいつでも対応できるようにしており、入所等の相談に随時応じている。	

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
49	Ⅲ-3-(1)-②　サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。			
	a）サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 b）サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 c）サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	a	入所契約にあたっては、契約書のほか重要事項説明書の要点を押さえながらわかりやすく説明している。また、料金表には担当者名、電話番号を記載し、いつでも家族からの問い合わせに対応できるよう配慮している。なお、利用者の身体状況によっては療養型など適当と思われる他施設の説明などを行っている。	

Ⅲ-3-(2)　サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
50	Ⅲ-3-(2)-①　事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。			
	a）サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。 b）サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 c）サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	b	利用者が入院する時には、看護サマリーによる情報提供がなされているが、家庭への移行はほとんどない。施設として退所後も相談に応じる姿勢はあるが、その関わりの内容や方法等に関し定めた書類等はない。なお、盆など一時外泊の際は、身体状況や緊急時の対応に関する書類を家族に配布している。	退所後も家族に継続的に対応できるよう、窓口や内容、方法、手続き等について規定し文書化することが望ましい。

Ⅲ-4　サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1)　利用者のアセスメントが行われている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
51	Ⅲ-4-(1)-①　定められた手順に従ってアセスメントを行っている。			
	a）利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を具体的に明示している。 b）利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を十分には明示していない。 c）利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題（ニーズ）を明示していない。	a	手順に沿ったアセスメントを実施しており、入所時には1、2か月後に再アセスメントしケアプランに反映している。なお、サービス担当者会議では各部署の職員が参加し利用者ごとに課題を明確にし適切な支援についての検討がなされている。	

Ⅲ-4-(2)　利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
52	Ⅲ-4-(2)-①　サービス実施計画を適切に策定している。			
	a）利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 b）利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。 c）利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	a	定められた一連の手順に沿ってケアプランを策定している。プランは利用者・家族の思い、身体状況等に考慮した内容となっており、定期的に見直している。また、サービス担当者会議では居室担当者や各専門職種のほか、家族の参加を促し情報を共有しており、計画立案の一連の流れとして「ケアマネジメントのプロセス」を作成し職員に周知している。	
53	Ⅲ-4-(2)-②　定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。			
	a）サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 b）サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 c）サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	a	ケース記録をもとにモニタリングを行い、居室担当が計画の原案を立案し、カンファレンスにて情報を摺合せし、最終的にケアマネージャーがプランを作成しており、定期的な評価、見直しがなされている。また、利用者の状態変化を踏まえた随時の見直しがなされ、変更したプランはミーティング等で申し送られるほか、各フロアに配布し職員に周知される。	

評価対象Ⅳ　高齢者福祉施設の固有のサービス内容

Ⅳ-1　利用者の尊重

Ⅳ-1-(1)　利用者の尊重

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
54	Ⅳ-1-(1)-①　利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。			
	a）利用者の「生活の質」の維持・向上を目指し、「利用者本位」の姿勢が貫かれている。 b）利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢が見られるが、十分ではない。 c）利用者の「生活の質」の維持・向上を目指した「利用者本位」の姿勢がない。	a	ポジティブケアプランの考え方を計画立案時に現場職員に指導し、本人の意向を取り入れながら利用者本位のプランとなるよう作成している。なお、自立支援の理念について、新任者研修をはじめ様々な施設内研修の際、折に触れ指導している。	
55	Ⅳ-1-(1)-②　利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされている。			
	a）利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされている。 b）利用者・家族とのコミュニケーションを図るための工夫がなされているが、十分ではない。 c）利用者・家族とのコミュニケーションを図られるための工夫がなされていない。	a	定期的に利用者一人ひとりの生活状況・健康状態、食事、栄養、機能訓練の計画などを詳細に記入した生活状況報告書を作成し、家族へ送付している。また、面会時には近況を知らせるほか、家族から意向等を把握するため、できるだけコミュニケーションをとるよう努めている。なお、家族との関わりについては書面に担当職員の役割として明記され実践に努めている。	

Ⅳ-2　介護サービス

Ⅳ-2-(1)　食事

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
56	Ⅳ-2-(1)-①　快適な食事環境が提供されている。			
	a）快適な食事環境が提供されている。	b	食堂は明るく、広さや音楽などリラックスできる環境であり、利用者の状態に応じた食事介護が適切になされているが、食器を含め無機的な感がある。	古くなった食器を段階的に陶磁器に移行するなど、一層安らぎのある家庭的な温かい食事環境の整備について工夫されたい。
	b）快適な食事環境が提供されているが、十分ではない。			
	c）快適な食事環境が提供されていない。			

Ⅳ-2-(2)　入浴

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
57	Ⅳ-2-(2)-①　快適な入浴が提供されている。			
	a）快適な入浴が提供されている。	b	利用者のニーズと体調を踏まえた入浴介護が行われているが、臥浴スペースが狭く仕切りの設置が必ずしも十分でない。	限られた空間・設備・人員の中で利用者の快適な入浴環境の確保のための数多くの工夫はなされているが、利用者個別の入浴については、設備面や人員体制についての検討が望まれる。
	b）快適な入浴が提供されているが、十分ではない。			
	c）快適な入浴が提供されていない。			

Ⅳ-2-(3)　排泄介護

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
58	Ⅳ-2-(3)-①　排泄介護が適切に行われている。			
	a）排泄介護が適切に行われている。	a	排泄マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの身体状態に応じた排泄介助が行われている。また、施設内に設けるオムツ外し委員会などで生活自立に向けた排泄支援に努めている。	
	b）利用者一人ひとりの状態に応じた排泄介護が行われているが、十分ではない。			
	c）排泄介護が適切に行われていない。			

Ⅳ-2-(4)　行動制限への配慮

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
59 Ⅳ-2-(4)-①　行動制限への配慮がなされている。			
a）行動制限への配慮がなされている。 b）行動制限への配慮がなされているが、十分ではない。 c）行動制限への配慮がなされていない。	a	利用者に対する身体拘束は行っていない。但し、やむを得ず行動制限をせざるを得ない状況等については書面に明記しており、月１回のリスクマネジメント委員会で検討が行われている。	

Ⅳ-2-(5)　移乗・移動介護

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
60 Ⅳ-2-(5)-①　移乗・移動介護が適切に行われている。			
a）移乗・移動介護が適切に行われている。 b）利用者一人ひとりの状態に応じた移乗・移動介護が行われているが、十分ではない。 c）移乗・移動介護が適切に行われていない	a	利用者の身体状態に応じた移乗等のための福祉・介助用具の導入が進められており、移乗方法の写真付き取扱説明書が常備されている。	

Ⅳ-2-(6)　機能訓練　〔養護老人ホーム非該当〕

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
61 Ⅳ-2-(6)-①　機能訓練が適切に行われている。			
a）機能訓練が適切に行われている。 b）機能訓練が計画的に行われているが、十分ではない。 c）機能訓練が適切に行われていない。	a	利用者一人ひとりについてケアプランに基づいた機能訓練が行われ、機能訓練指導員による必要に応じた専門的な訓練が実施されている。	

Ⅳ-2-(7)　認知症利用者への対応

評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
62 Ⅳ-2-(7)-①　認知症利用者への対応が適切になされている。			
a）認知症利用者への対応が適切になされている。 b）認知症利用者への対応に取り組んでいるが、十分ではない。 c）認知症利用者への対応が適切になされていない。	a	「回遊型」の施設構造を活かし、認知症利用者の徘徊等に対応し、火災等緊急時には施設外周を取り囲むバルコニーからの避難路が確保されている。また、認知症ケア向上推進委員会で定期的に認知症に対する理解を深め、個々人の問題行動と生活歴を列挙した「ひもときシート」を作成することにより、利用者との接し方などを共有する工夫がなされている。	

Ⅳ-2-(8)　整容・清潔への配慮

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
63	Ⅳ-2-(8)-①　整容・清潔への配慮が適切になされている。			
	a）整容・清潔への配慮が適切になされている。 b）整容・清潔への配慮がなされているが、十分ではない。 c）整容・清潔への配慮が適切になされていない。	a	利用者の整髪、爪切り等整容・清潔のための支援を毎日実施するとともに、髪型、服装などは利用者の希望を尊重しており、家族による過剰な短髪への要望などがあった場合も同様である。	

Ⅳ-2-(9)　終末期の介護　〔養護老人ホーム非該当〕

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
64	Ⅳ-2-(9)-①　終末の場所の選択に配慮がなされている。			
	a）終末の場所の選択に配慮がなされている。 b）終末の場所の選択に配慮しているが、十分ではない。 c）終末の場所の選択に配慮がなされていない。	a	これまで事業所内で看取りを行ったことはないが、施設内研修を行い看取りに関する研修を実施するとともに、家族等が望んだ場合における終末期ケアの実施体制が整っている。	

Ⅳ-3　看護・医療サービス

Ⅳ-3-(1)　看護・医療体制

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
65	Ⅳ-3-(1)-①　看護・医療体制が整備されている。			
	a）看護・医療体制が整備されている。 b）看護・医療体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 c）看護・医療体制が整備されていない。	a	看護師の在勤・不在のそれぞれに区分した利用者の看護・医療に関するマニュアルが作成され、夜間については「医療に関する緊急時対応マニュアル」に基づくオンコール体制が整っている。	

Ⅳ-3-(2)　利用者の健康管理

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
66	Ⅳ-3-(2)-①　利用者の健康管理が適切に行われている。			
	a）利用者の健康管理が適切に行われている。 b）利用者の健康管理について配慮しているが、十分ではない。 c）利用者の健康管理が適切に行われていない。	a	嘱託医による週1回の回診があり、利用者個人ごとに回診の申し送りが一体的に記録されている。また、口腔機能の維持管理が行われている。	

Ⅳ-3-(3)　服薬管理

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
67	Ⅳ-3-(3)-①　服薬管理が適切に行われている。			
	a）服薬管理が適切に行われている。 b）服薬管理ついて配慮しているが、十分ではない。 c）服薬管理が適切に行われていない。	a	誤薬防止のため利用者個々の顔写真付き服薬袋を使用するなどの工夫のほか、利用者の嚥下状態等に合わせて薬の態様が調整されている。また、新任職員のために投薬チェックシートが別に準備されている。	

Ⅳ-3-(4)　褥瘡の予防・治療　〔養護老人ホーム非該当〕

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
68	Ⅳ-3-(4)-①　褥瘡の予防・治療が適切に行われている。			
	a）褥瘡の予防・治療が適切に行われている。 b）褥瘡の予防・治療について配慮しているが、十分ではない。 c）褥瘡の予防・治療が適切に行われていない。	a	月１回、褥瘡予防委員会を開催し、利用者の褥瘡予防に努めている。また、医療機関からの退院・再入所時に発見された褥瘡については体位変換など治療に有効な対応がなされている。	

Ⅳ-3-(5)　入院時の対応

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
69	Ⅳ-3-(5)-①　入院時の対応が適切に行われている。			
	a）入院時の対応が適切に行われている。 b）入院時の対応について配慮しているが、十分ではない。 c）入院時の対応が適切に行われていない。	a	利用者家族から入所契約時に希望入院先の情報を得ている。また、入院時には職員が家族が来院するまで利用者に付き添い、医療機関の説明をいっしょに聞いたり、退院後の相談に応じるなどきめ細かな対応がなされている。	

Ⅳ-4　生活支援サービス

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
70	Ⅳ-4-(1)-①　外出の機会が確保されている。			
	a）外出の機会が確保されている。 b）外出の機会の確保について配慮しているが、十分ではない。 c）外出の機会が確保されていない。	a	年間の行事計画を立案し、季節ごとに計画的な外出支援がなされている。また、計画の実施段階にあたっては、たとえば海水浴を温泉とするなど利用者の希望に基づき柔軟に対応している。	

Ⅳ-4-(2)　購買の機会

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
71	Ⅳ-4-(2)-①　購買の機会が確保されている。			
	a）購買の機会が確保されている。 b）購買の機会の確保について配慮しているが、十分ではない。 c）購買の機会が確保されていない。	a	利用者の希望に応じ、買い物のため外出機会を設けている。なお、時期によって花見がてら買い物に行くなど臨機の対応がなされている。	

Ⅳ-4-(3)　嗜好品の自由

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
72	Ⅳ-4-(3)-①　嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。			
	a）嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されている。 b）嗜好品については利用者の意思や希望が尊重されているが、十分ではない。 c）嗜好品については利用者の意思や希望に十分に応じていない。	a	申込時や入所時に利用者の嗜好品について確認し、利用者の意思等を尊重している。なお、現在、喫煙する利用者はいないが、喫煙できる指定の場所がある。	

Ⅳ-4-(4)　新聞・雑誌の閲覧等

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
73	Ⅳ-4-(4)-①　新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされている。			
	a）新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされている。 b）新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされているが、十分ではない。 c）新聞・雑誌等が自由に閲覧できるように配慮がなされていない。	a	異食への対応上、利用者の近くに新聞雑誌類を放置できない場合もあるが、共有スペースでの閲覧が可能であり、新聞を定期購読している利用者もいる。	

Ⅳ-4-(5)　金銭等の管理

	評価細目・判断基準	評価結果	判断した理由や根拠	改善を求められる点等の特記事項
74	Ⅳ-4-(5)-①　金銭等の管理が適切に行われている。			
	a）金銭等の管理が適切に行われている。 b）金銭等の管理について配慮しているが、十分ではない。 c）金銭等の管理が適切に行われていない。	a	物品の購入にあたっては事業所による立替を基本にし、可能な限り利用者自らが支払うよう配慮しており、職員はそばで見守るよう心掛けている。	